

Docteur Roger LEBEL

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

↑

53

L'Adénite primitive du Zona

Président : M. LE PROFESSEUR ACHARD

Soc. Anon. des Établissements d'Imprimerie
ANDRÉ HERBELIN
Belfort - Mulhouse - Delle

1920

Deba.
Jomb
1920

55

L'Adénite primitive du Zona

Président : M. LE PROFESSEUR ACHARD

Docteur Roger LEBEL

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

↑

L'Adénite primitive du Zona



Président : M. LE PROFESSEUR ACHARD

Soc. Anon. des Établissements d'Imprimerie
ANDRÉ HERBELIN
Belfort - Mulhouse - Delle

1920

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	BROCA André
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBE
Pathologie médicale	N.....
Pathologie chirurgicale	N.....
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIÉR
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	N.....
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
	DELBET
Clinique chirurgicale	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
	BAR
Cliniques d'accouchements	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SUBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBÉ (Henri)	MOCQUOT	ROUVIÈRE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	SICARD
CHAMPY	LEGÈNE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETERER	VILLARET
GRÉGOIRE	LEREBoullet	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENOT	LÉRI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Faible témoignage de notre profonde
reconnaissance et de notre affection sincère.*

A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MA MARRAINE

MEIS ET AMICIS

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

MONSIEUR LE DOCTEUR ALGLAVE

MONSIEUR LE DOCTEUR RÉNON

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. BROCA

MONSIEUR LE DOCTEUR BROUARDEL

MONSIEUR LE DOCTEUR FUNCK-BRENTANO

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND

MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS HUDELO

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ACHARD

Officier de la Légion d'Honneur

Membre de l'Académie de Médecine

*qui m'a fait l'honneur d'accepter
la présidence de ma thèse,
qu'il soit assuré de ma profonde
reconnaissance.*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Au terme de nos études médicales, il nous est agréable d'exprimer à nos maîtres nos sentiments d'infinie reconnaissance et de profonde admiration.

Notre gratitude va tout particulièrement à M. le docteur Louis Ramond, médecin des Hôpitaux, qui nous a inspiré le sujet de cette thèse et aidé de ses précieux conseils.



L'Adénite primitive du Zona

INTRODUCTION

Frappé par la fréquence de l'engorgement ganglionnaire au cours du Zona, et surtout par son apparition précoce, avant toute ulcération des vésicules, — c'est-à-dire en dehors de toute cause infectieuse secondaire, — nous avons recherché systématiquement ce symptôme chez tous nos malades zonateux. Or, pendant une période approximative d'une année, dans un cas seulement nous n'avons pas trouvé trace « d'adénite primitive ».

Loin de nous la prétention d'être le premier à signaler l'importance de ce signe. Comme nous allons y revenir tout à l'heure, cette honneur revient à Barthélemy. Après lui, la plupart des auteurs classiques le signalent dans leurs traités. Il nous a semblé que ce signe valait mieux cependant que la courte mention dont il était l'objet dans les livres : c'est ce que nous nous sommes proposé de montrer dans cette thèse.

On trouvera dans celle-ci :

1° Un historique, qui rend à Barthélemy ce qui lui est dû, et qui montre que ce signe était déjà connu ; l'adéno-

pathie zostérienne primitive est vraiment le « signe de Barthélemy ».

2° Une étude topographique rappelant les diverses localisations ganglionnaires susceptibles d'être rencontrées au cours du Zona.

3° Une étude clinique montrant les caractères de l'adénite primitive.

4° Une discussion diagnostique.

5° Un aperçu pathogénique et étiologique.

On aura ainsi l'impression que l'adénite primitive du Zona est un signe constant, et mérite, comme nous le pensons, d'être mise au même rang que les douleurs et l'éruption dans la définition de « l'Herpès Zoster ». Dans la triade symptomatique ainsi réalisée, elle aurait l'avantage d'apporter un élément nouveau, de nature nettement infectieuse, susceptible, mieux que la fièvre zostérienne, si souvent absente ou inconnue, de distinguer le zona vrai des éruptions zosteriformes.

HISTORIQUE

L'adénopathie zostérienne primitive a été individualisée par Barthélemy en 1892. Déjà en 1891, cet auteur signalait (a) une observation de zona dans lequel, dès le début même de l'éruption, étaient apparues des adénopathies aigües, les unes, au niveau de l'aisselle correspondante, les autres au niveau de l'épine de l'omoplate (obs. I). L'année suivante, il lui était donné d'observer un nouveau fait analogue à l'occasion d'un zona du cinquième nerf intercostal du côté droit (obs. II). Il insistait cette fois sur l'importance de ce symptôme susceptible, pensait-il, de contribuer à jeter quelque clarté sur la pathogénie toujours obscure du zona. En effet, pour Barthélemy, l'adénopathie est nettement prééruptive, ce qui justifie une théorie suivant laquelle le zona serait une maladie générale infectieuse ou toxique, caractérisée par l'atteinte du système lymphatique (nous dirons ^{plus} loin, au chapitre de la pathogénie, pourquoi cette opinion est tout au moins discutable).

Depuis lors, si bien souvent l'adénite primitive du zona est encore insuffisamment distinguée de l'adénite

a) Annales de dermatologie et syphiligraphie. — Barthélemy 11-21

secondaire, elle se trouve mentionnée, il est vrai, dans la plupart des traités de médecine. Ceux-ci lui réservent d'ailleurs une place minime dans la description de l'Herpès zoster. Certains même ne lui attribuent pas plus d'importance que celle donnée à un symptôme inconstant et même rare. Ils semblent ne le citer qu'à titre documentaire.

« On observe très souvent, dit Rist, (b) un gonflement douloureux des ganglions lymphatiques correspondants. Cette adénopathie, primitive pour ainsi dire, peut survenir en même temps que l'efflorescence cutanée ou même la précéder ; elle doit donc être distinguée de celle qui peut survenir tardivement, lorsqu'une lymphangite a pris son point de départ dans les vésicules infectées secondairement. »

Pour Debove et Sallard, (c) « les ganglions correspondants à la région malade sont souvent tuméfiés, soit en cas d'ulcération, soit même avant l'éruption. » Pour Enriquez, (d) « des adénopathies, surtout adénopathie axillaires, ont été souvent signalées ; elles peuvent résulter d'infections secondaires produites au niveau des vésicules rompues, mais il n'en est pas toujours ainsi car, parfois, l'adénopathie peut précéder l'éruption. » « On a souvent signalé, dit Brocq, (e) la tuméfaction des ganglions lymphatiques qui correspondent à la région atteinte. » D'après Jeanselme, (f) : « Quelquefois aussi, il y a des ganglions prémonitoires dans la région correspondant à l'éruption. Ces ganglions sont très douloureux et peuvent causer des erreurs de diagnostic. » Hay (g) insiste longue-

b) RIST. — Pratique dermatologique 1906.

c) DEBOVE & SALLARD. 11-300.

d) ENRIQUEZ. — Traité de médecine. 1.

e) BROCCQ. — Dermatologie pratique. 11.

f) JEANSELME. — Journal des praticiens 1908.

g) HAY. — Thèse de Madame GALKA 1909-1910 : Le Zona chez l'Enfant,

ment sur « l'adénopathie prémonitoire. Ces ganglions, dit-il sont la plupart du temps augmentés de volume, gênants et souvent douloureux. » Cependant quelques auteurs ont signalé la présence constante de l'engorgement ganglionnaire au début du zona. Sicard (h) observe en effet : « une adénopathie, facilement constatable dans les zonas voisins des régions axillaires ou inguinales, est la règle au cours de l'éruption. » Rist, (i) au cours de ses recherches anatomo-pathologiques trouve « les ganglions lymphatiques correspondant au territoire zosterien sont toujours augmentés de volume. »

Avec Rist, Head et Campbell : ont trouvé des lésions inflammatoires très marquées des ganglions lymphatiques.

Comme ces derniers auteurs, nous pensons que la présence de ce symptôme est la règle. En effet, parmi les nombreux cas de zona qu'il nous a été donné d'examiner une seule exception (obs. XII) s'est présentée à nous. Cette constance ne justifie-t-elle pas l'importance que nous attachons à ce symptôme ?

h) SICARD. — Pratique médico-chirurgicale. p. 1067.

i) RIST. — Pratique dermatologique. 11-913.

ETUDE TOPOGRAPHIQUE

Le siège de l'adénite est réglé par la topographie de l'éruption, et les ganglions tuméfiés sont ceux dont les lymphatiques afférents viennent de la zone tégumentaire atteinte. Certaines régions sont particulièrement intéressées :

a) *L'aisselle* pour les *zonas du membre supérieur* et ceux *de la partie sus-ombilicale du tronc* (en particulier pour le zona intercostal si fréquent). Les doigts appliqués sur la face externe de cette région pourront sentir, dans le premier cas, les ganglions de la « chaîne humérale », satellites du paquet vasculo-nerveux. La palpation des faces interne et postérieure de la région axillaire révélera dans l'autre cas l'hypertrophie de la « chaîne thoracique », satellite de la mammaire externe et de la « chaîne scapulaire » accolée à l'artère scapulaire postérieure.

b) Les *aines* pour les *zonas de l'abdomen* (sous-ombili-caux) et ceux *du membre inférieur*. Est-il besoin de rappeler que les lymphatiques cutanés de l'ombilic et de la portion sous-ombilicale aboutissent aux ganglions supéro-internes et supéro-externes, les lymphatiques de la fesse au groupe supéro-externe, plus rarement aux ganglions inféro-externes ?

c) Au cas de *zona ophtalmique*, c'est surtout le *ganglion préauriculaire* qui est engorgé. Celui-ci est placé au voisi-

nage du bord supérieur de la glande à 1 ou 2 cm en avant du conduit auditif. On pourra rechercher en outre un ou deux ganglions placés immédiatement en avant du tragus, bien décrits par Poirier (1), ainsi que les ganglions sous-maxillaires, collecteurs internes des paupières et de la conjonctive, qui s'étendent le long du bord inférieur du maxillaire.

d) Ce sont les *ganglions sous-occipitaux* pour le *zona occipito-cervical*. Ces ganglions reposent sur le grand complexus, au voisinage de l'insertion occipitale de ce muscle, immédiatement en dehors du bord externe du trapèze (Poirier).

e) Les *ganglions sous-maxillaires* et *sous-mentaux* pour les *zonas maxillaires supérieur et inférieur*.

f) Enfin les *ganglions cervicaux superficiels* pour les *zonas du cou* (cervico-sus-claviculaires). Ceux-ci occupent la partie inférieure de la région de ce nom où ils sont compris entre le ventre inférieur de l'omohyoïdien et la clavicule.

On peut parfois aussi observer des adénopathies zosteriennes en dehors de ces groupes ganglionnaires principaux : Chez une jeune femme de vingt deux ans, atteinte de zona intercostal inférieur, nous avons constaté la présence de deux petits ganglions gros comme un pois chacun, disposés verticalement l'un au-dessus de l'autre contre la paroi thoracique, sur le prolongement du creux axillaire où l'on trouvait également une adénite de la grosseur d'un œuf de pigeon.

Barthélemy a publié un cas analogue dans lequel il y avait en outre « un petit ganglion aussi net que curieux, du volume d'une petite noisette, siégeant presque exactement à l'angle de l'omoplate ».

Ces ganglions ont d'ailleurs été décrits par Poirier sous le nom de « ganglions intercostaux latéraux ». Cet auteur les signale comme très inconstants.

1) POIRIER & CHARPY. — Les Lymphatiques.

Par contre « beaucoup plus importants sont les ganglions postérieurs, situés à l'extrémité postérieure des espaces intercostaux ». Fait curieux, nous n'avons jamais observé ces ganglions intercostaux postérieurs.

Pour en finir avec ces localisations inattendues de l'adénopathie primitive du zona, citons la tuméfaction possible, dans le zona intercostal, de certains ganglions situés au-dessous de l'épine de l'omoplate, au sommet de la fosse sous-épineuse ; Barthélemy l'a rencontré deux fois.

ETUDE CLINIQUE

Cliniquement, l'adénite primitive du zona est caractérisée par un signe physique : la tuméfaction, et un signe fonctionnel : la douleur au niveau d'un ou de plusieurs ganglions.

La douleur est rarement *spontanée*.

Une seule fois nous avons trouvé ce caractère de *spontanéité* chez un de nos malades (obs. II) : Celui-ci, venu pour un zona thoracique gauche, présentait, sous l'aisselle gauche, un ganglion de la grosseur d'un œuf de moineau, assez douloureux à la pression ; il accusait en outre une certaine sensibilité à ce niveau en dehors de tout contact alors que le membre correspondant était au repos le plus complet.

Là plus souvent, il est vrai, la douleur ne se révèle qu'à la pression, à la palpation, ou au moins à l'occasion de certains mouvements, comme (obs. VII) chez cette malade de 29 ans, atteinte de zona intercostal gauche supérieur qui accusait *spontanément* une légère douleur axillaire dans les mouvements de rapprochement du bras gauche du corps. C'est aussi le cas d'une ménagère de 42 ans (obs. IX), atteinte de zona intercostal inférieur gauche, qui, le 2^e jour de son éruption, s'est aperçu, un matin en balayant, qu'elle avait mal sous l'aisselle gauche, et, y

mettant la main, elle constata la présence d'une « glande ».

Par contre, on s'explique fort bien comment des ganglions faiblement engorgés pourront passer inaperçus du malade et du médecin, surtout si leur localisation est profonde, en un endroit inaccessible aux frottements et aux heurts, comme le creux de l'aisselle par exemple.

Au contraire des ganglions superficiels susjacents à des plans résistants, placés en des points exposés à des traumatismes, seront rapidement reconnus. Ils pourront même, si l'éruption est légère ou cachée (dans le cuir chevelu notamment), constituer la seule manifestation morbide qui amène le malade à consulter. Nous avons vu une malade venir nous consulter (obs. I) pour des ganglions tuméfiés qui lui rendaient un côté de la nuque extrêmement sensible : elle avait un zona occipito-cervical, dont les éléments éruptifs, d'ailleurs peu nombreux, étaient masqués par les cheveux. Une autre jeune femme, atteinte d'un zona lombo-fémoral discret, vient à l'hôpital, en chirurgie, pour une adénite inguinale douloureuse qu'elle croit être une hernie. Tel encore le cas de Jeanselme, annoncé par un ganglion de l'aîne tellement douloureux qu'on croyait avoir affaire à une hernie étranglée.

Entre ces deux extrêmes, adénite méconnue, adénite considérée comme maladie principale, se placent des cas intermédiaires assez nombreux dans lesquels les sujets, tout en considérant l'éruption et les douleurs à type névralgique comme fondamentales, n'ignorent pas leur adénite ; un mouvement, un choc accidentel, en provoquant la douleur à la pression, leur en a par hasard révélé la présence.

La *douleur provoquée* par la palpation des ganglions tuméfiés est très nette ; on ne peut dire cependant qu'elle soit très vive. Elle est loin d'avoir l'intensité de celle des adénites inflammatoires aiguës à tendance suppurative. Elle rend désagréable, mais non pas impossible, la détermination des caractères physiques de l'adénopathie par une palpation attentive et même prolongée.

Quelquefois l'adénite peut apparaître à l'œil sous forme d'une petite saillie anormale, lorsqu'elle est superficielle, recouverte de téguments minces, et placée au dessus de plans résistants. Ces conditions rares sont réalisées, — nous en avons vu des exemples, — le long du fho-rax, dans les aines (obs. III), à la nuque (obs. I), au devant du tragus, dans la région scapulaire. — Parfois l'adé-nite présente des dimensions plus considérables, celle d'un « œuf de pigeon », par exemple, (obs XIII).

En aucun cas la peau, soulevée par la tuméfaction, ne présente la moindre modification de couleur ou d'aspect.

Le plus souvent la palpation est nécessaire pour découvrir l'adénopathie zostérienne. Elle permet de sentir dans les régions ganglionnaires correspondant au siège de l'exanthème un ou plusieurs ganglions hypertro-phiés, de consistance ferme mais élastique, mobiles sur les plans superficiels et profonds, dont l'exploration, nous l'avons dit, révèle une certaine sensibilité.

Le nombre des ganglions engorgés est variable. Le plus habituellement il n'y en a qu'un seul ; on en trouve cependant assez souvent plusieurs, soit dans un même groupe, soit dans des groupes voisins. C'est ainsi que chez une malade présentant un zona thoracique droit (obs. XV), nous trouvons trois ganglions axillaires. Chez un autre, atteint également de zona intercostal droit, nous n'en dé-couvrons que deux au niveau de l'aisselle droite.

Cette polyadénopathie peut-elle être généralisée ? — Barthélemy l'a prétendu en s'appuyant sur le fait suivant : au cours d'un zona thoracique de la cinquième paire (obs. XVIII), un malade présentait « des ganglions volumineux, multiples, douloureux comme des adénopathies récentes et aiguës : trois dans les aisselles et verticalement le long du thorax, depuis la bande zostérienne jusqu'à l'aisselle. Chose remarquable, ces ganglions existaient plus accen-tués sans doute du côté du zona, mais se rencontraient éga-lement du côté sain. Il en était de même pour un ganglion aussi net que curieux, du volume d'une petite noisette,

douloureux à la pression, mobile sous la peau, et siègeant presque exactement à l'angle de l'omoplate, et cela, non seulement du côté du zona, mais même du côté sain, en un point exactement symétrique ».

L'adénopathie primitive du zona, déjà considérée par Barthélemy comme pré-éruptive, traduisait donc, pour celui-ci, un état morbide général, au cours duquel se manifestait, mais secondairement seulement, une lésion d'abord nerveuse, puis cutanée.

Moins heureux que cet auteur, *il ne nous fut pas donné d'observer parmi nos malades un seul cas de polyadénopathie généralisée*. Nous trouvâmes cependant chez une malade trois foyers différents d'adénite, mais ceux-ci étaient situés d'un seul côté, répondant au territoire de l'exanthème zostérien. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans, femme de chambre, qui présentait un zona thoracique inférieur formant demi-ceinture dans la région de l'hypochondre droit. Il existait chez elle une polyadénopathie très accentuée : dans l'aisselle droite, un ganglion gros comme un œuf de pigeon, dur, roulant sous le doigt, très sensible à la pression ; le long de la paroi thoracique, sur le prolongement de la ligne axillaire, deux autres petits ganglions de la grosseur d'un pois également très sensibles, durs et mobiles ; enfin, dans l'aine droite, un dernier ganglion ayant les mêmes caractères, et dont la taille était celle d'un œuf de petit oiseau. En réalité cette polyadénopathie, unilatérale d'ailleurs, était facilement explicable par l'enchevêtrement probable, à la hauteur de l'ombilic, des canaux afférents de l'aine d'une part, et de l'aisselle d'autre part.

Quant à la *grosseur de l'adénite*, elle est variable. D'autant plus accentuée que les ganglions pris sont moins nombreux, elle varie de la dimension d'un pois (obs. V), d'un noyau de cerise (obs. XIX), à celle d'une petite noix, d'un œuf de pigeon (obs. V) ; elle est en moyenne celle d'une noisette (obs. XIV), d'un noyau de prune (obs. VII), d'un œuf de moineau (obs. II),

ÉVOLUTION

L'adénopathie zostérienne primitive est *précoce*. Elle se développe *avant toute ulcération cutanée*. D'après nos observations, elle accompagne toujours fidèlement la moindre éruption zonateuse, quelque soit son stade, vésiculeux ou même simplement érythémateux.

Peut-elle la précéder ? Barthélemy l'a avancé, en s'appuyant sur le seul fait suivant (obs. XIX) : C'est un malade atteint de zona intercostal au début, « marqué seulement par des plaques érythémateuses, isolées les unes des autres ; une plaque présente au centre la saillie d'une seule vésiculette non encore développée ». Deux ganglions unilatéraux, mobiles, du volume l'un d'une petite noisette, l'autre d'un noyau de cerise, apparaissent nettement sous la peau. Ils siègent au dessous de l'épine de l'omoplate, au sommet de la fosse sous-épineuse, et la moindre pression à leur niveau réveille une douleur très vive. « *Au dire du malade* », cette lésion a été ressentie pour la première fois pendant la nuit en même temps que la légère poussée fébrile c'est-à-dire avant toute éruption.

Est-ce suffisant pour établir l'existence d'une adénopathie zostérienne prééruptive ? On aimerait assurément la voir fondée sur des constatations plus objectives que ne permet pas l'examen toujours tardif des malades, ceux-ci

ne venant guère consulter le médecin que le troisième jour, (obs. VII) ou le quatrième jour (obs. X) au plus tôt de l'éruption.

Apparue d'une façon précoce, l'adénite zosterienne primitive présente habituellement son *maximum de tuméfaction dès le début de l'éruption*, au moment de l'efflorescence des vésicules herpétiques, quelquefois même avant elle. Elle diminue ensuite graduellement, *elle a généralement disparu lorsque les vésicules plus ou moins ulcérées paraissent en proie à l'infection secondaire*.

Ainsi chez le malade de Barthélemy (obs. XIX), « deux jours après son début, l'éruption avait complété son développement sans persistance de la fièvre ; quant aux adénopathies elles diminuèrent peu à peu et restèrent perceptibles jusqu'au 7^e jour de l'éruption ». Notre ménagère de l'obs. I revient nous consulter le 8^e jour de son éruption ; les ganglions ont alors disparu. C'est encore un cocher de 67 ans (obs. VI) venu le 8^e jour avec un zona lombo inquo fémoral très douloureux et grosse adénite de l'aîne correspondante. Il reparait le 15^e jour, (sept jours après) l'adénite existe encore mais a nettement diminué ; éruption, il est vrai, est devenue hémorragique et les douleurs persistent très violentes ; le 27^e jour, date du 3^e examen, l'adénite n'existait plus.

Cependant chez une de nos malades (obs. VIII) ayant présenté un zona intercostal gauche avec adénite axillaire le 18 Juillet, les ganglions avaient persisté à un nouvel examen pratiqué le 29 Juillet, c'est-à-dire 11 jours après. Nous avons attribué ce fait à une infection secondaire surajoutée : la malade présentait en effet une ulcération, mycosique ou bacillaire, de la main droite pour laquelle elle était en traitement depuis 6 mois.

La guérison par résolution spontanée est donc la terminaison naturelle et constante de cette adénopathie. Jamais elle ne suppure; jamais non plus elle ne passe à la chronicité. En conséquence, son pronostic est extrêmement favorable,

DIAGNOSTIC POSITIF

Rien de plus simple que son diagnostic positif. Il suffit de penser à elle au cours d'un zona vrai pour la retrouver toujours. Elle est souvent méconnue cependant, car ses symptômes, malgré leur netteté, ne s'extériorisent pas habituellement d'une façon spontanée, et ont besoin d'être recherchés de parti pris, ce qu'on omet généralement de faire.

Quand l'adénite est évidente, quand elle prend une place prépondérante dans la séméiologie de la maladie, la présence des douleurs et surtout celle de l'éruption concomitante permettent de la rapporter à sa cause véritable.

Si les ganglions sont parfois peu appréciables et peuvent passer inaperçus à un examen rapide, la douleur elle-même, surtout chez des sujets jeunes, sera parfois insignifiante ou même nulle : Un jeune boucher de 25 ans se présentait à nous en décembre 1919 (obs. XVI) pour une adénite énorme à l'aîne droite, qu'il prenait pour une hernie. Ce malade n'accusait aucune douleur de la région lombaire. Cependant il présentait à ce niveau, du côté droit, un bouquet de vésicules herpétiques qui ne nous laissa aucun doute sur la nature de l'affection.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Toutefois, toute *adénopathie observée au cours de la fièvre zostérienne* n'est pas toujours de nature zonateuse : notre jeune institutrice (obs. VIII), qui présentait à la fois un zona intercostal gauche et une ulcération d'origine indéterminée de la main droite, n'avait-elle pas deux causes différentes pour expliquer son adénite axillaire double ?

D'autre part tout *herpès accompagné d'adénite* n'est pas forcément du zona vrai ; cela se conçoit : l'herpès peut être banal et l'adénite avoir pour cause une autre infection locale ou générale.

Il est indispensable, en clinique, de distinguer l'adénite zostérienne primitive des adénopathies aiguës consécutives à *l'infection secondaire des vésicules herpétiques*. L'adénopathie secondaire du zona en est non pas un symptôme comme l'adénite primitive, mais une complication due à l'infection des vésicules herpétiques. Elle est relativement rare. Nous n'en avons observé aucun cas personnel. Elle survient toujours après l'ulcération des éléments éruptifs, c'est-à-dire tardivement. Unique le plus souvent et volumineuse, nettement inflammatoire, chaude, à tendance suppurative, elle s'accompagne d'empâtement périganglionnaire, de modifications de la peau avoisinante, et

souvent de trainées lymphangitiques. Ses signes s'opposent diamétralement, on le voit, à ceux de l'adénite primitive du zona, et la confusion entre ces deux formes n'est pas possible pour un clinicien averti.

Quant à l'*adénopathie des herpès ou des éruptions zostériennes secondairement infectées*, sa pathogénie étant la même que celle de l'adénite secondaire du zona vrai, elle en a les mêmes symptômes et, de ce fait, ne peut pas plus qu'elle être confondue avec l'adénite zosterienne primitive.

L'herpès simple non compliqué ne s'accompagne pas d'adénite ; il en serait de même des éruptions zostériformes dont personnellement nous n'avons pas eu l'occasion d'observer d'exemples.

L'adénopathie primitive, spécifique du zona vrai, aurait donc une valeur séméiologique considérable. Elle permettrait, dans les cas douteux, de trancher le diagnostic en faveur de l'herpès zoster. Ce signe s'ajouterait à la fièvre, à l'épidémicité, à l'absence de récides, à la cicatrice cutanée post-éruptive signalée récemment par M. Sicard (1) pour caractériser le vrai zona. Il a pour lui sa constance, sa précocité, sa facilité d'observation, ses caractères cliniques et évolutifs bien tranchés.

(1) SICARD. — Cicatrice cutanée post-éruptive : Signe diagnostic du Zona vrai d'avec les herpès zosteriformes. Soc. méd. des Hôp., 3^e série, 35^e année, n° 34, p. 1000, 28 nov. 1919.

Aperçu Étiologique et Pathogénique

L'adénite primitive du zona *est indépendante de toute infection secondaire. Elle semble relever directement de l'agent pathogène encore inconnu de l'herpès zoster.* Sans qu'on puisse en donner une preuve absolue en l'état actuel de la science, on peut faire valoir en faveur de cette opinion : sa constance, sa précocité, son évolution naturelle vers la résolution et la guérison spontanée comme les autres manifestations de la maladie et en même temps qu'elles.

Comment l'infection zostérienne détermine-t-elle l'adénopathie ?

Atteint-elle d'abord le système lymphatique, puis ensuite le système nerveux central ?

C'est l'avis de Barthélemy, quand il dit (1) : « Ne doit-on pas penser que la névrite, comme sa manifestation cutanée, relève d'une cause générale, toxique ou infectieuse, en tout cas ne limitant pas son action au système nerveux et intéressant parfois aussi, non secondairement, mais primitivement, le système lymphatique ».

Pour asseoir son hypothèse, l'auteur apporte deux arguments : l'apparition prééruptive de l'adénopathie, et sa

(1) BARTHÉLEMY. — Bull. Soc. française de dermatologie et syphiligraphie 92, p. 57.

généralisation possible (obs. XVIII et XIX). Mais nous avons vu sur quelles bases reposent ces deux faits : la polyadénopathie, présentée par le malade de Barthélemy, ne peut-elle pas avoir d'autres causes que l'infection zostérienne ? — et les dires de son autre malade (obs. XIX), — qui reposent sur une simple sensation de douleur, sans aucune autre constatation objective de tuméfaction ganglionnaire, — sont-ils un argument suffisant pour affirmer le début prééruptif de son adénite ?

La localisation habituelle de l'adénite, au niveau des régions ganglionnaires correspondant au territoire cutané siège de l'éruption, et son apparition, contemporaine de l'éruption, rendent l'hypothèse émise par Barthélemy au moins discutable...

Il est plus probable que la première lésion en date est bien celle du ganglion rachidien. C'est elle qui réagirait sur les ganglions lymphatiques, soit indirectement par l'intermédiaire des altérations de la peau et de leur retentissement sur le système lymphatique, soit directement, en agissant, simultanément ou indépendamment, sur le trophisme cutané pour y déterminer la dégénérescence ballonnisante des cellules épidermiques, et sur les ganglions lymphatiques pour en produire l'hypertrophie congestive simple.

Cette dernière conception serait seule valable s'il était démontré que l'adénite zostérienne primitive peut exister en dehors de toute éruption, qu'elle soit réellement « prééruptive », comme le dit Barthélemy, ou bien qu'elle s'observe chez des sujets atteints de zona fruste sans éruption, analogue à ceux dont MM. Vidal, Sicard, Minet, etc., ont rapporté des exemples.

Il n'y a pas de *traitement* de l'adénite primitive du zona. Peu douloureuse et spontanément curable, elle ne réclame aucun soin particulier.

OBSERVATIONS

Observation I. — Madame X..., 40 ans, ménagère, vient consulter à Tenon le 10 Septembre 1920 pour des « glandes » du cou, apparues brusquement il y a deux ou trois jours, et très douloureuses.

Elle présente en effet dans la région de la nuque, à droite de la ligne médiane, séparées les unes des autres, trois petites masses ganglionnaires, mobiles, très sensibles au toucher, de la dimension d'un petit pois chacune. La peau n'est ni rouge ni douloureuse. Il n'y a aucun empatement de voisinage.

En recherchant dans le territoire tributaire des ganglions tuméfiés une lésion susceptible d'être la cause de cette adénite on trouve sur la région occipitale du cuir chevelu, à droite, 3 ou 4 bouquets de vésicules d'herpès typiques. Ces « boutons » ont fait leur apparition, au dire de la malade, en même temps que les « glandes ».

Outre ces ganglions et les éléments éruptifs, il y a de violentes névralgies occipitales, subordonnées par cette femme à ses adénopathies.

Le diagnostic de zona occipito-cervical est porté. L'adénite est rapportée à sa cause, l'herpès zoster. Le traitement est purement symptomatique : phénacétine et antipyrine contre les douleurs, quelques applications humides

sur les ganglions. Eviter d'écorcher les vésicules herpétiques.

Huit jours plus tard, les névralgies ont diminué. Les bouquets d'herpès se dessèchent, les ganglions ont disparu.

Observation II. — M. L..., 42 ans, fonctionnaire, vient consulter le 15 juin 1920. Il a des douleurs dans le côté gauche, douleurs lancinantes, persistantes, et s'en inquiète à juste titre, car il y a 4 ans il a eu une poussée de tuberculose pulmonaire localisée au sommet gauche.

En réalité, il a un zona thoracique typique, localisé en bande transversale, un peu en dessous de la région mamelonnaire gauche. Les éléments éruptifs sont discrets, typiques ; les vésicules sont rares, et encore sérieuses, l'érythème prédomine.

Il existe dans l'aisselle gauche un ganglion de la grosseur d'un œuf de moineau, dur, sans périadénite, assez douloureux au toucher, sensible aussi spontanément. Dès le début de l'exploration axillaire, le malade a spontanément dit : « Tiens, vous cherchez une glande. J'en ai depuis quelques jours une sous le bras qui me fait souffrir. » Il n'existe bien entendu aucune autre raison (pique, écorchure du membre supérieur, anthrax, furoncle de la paroi thoracique) justifiant cette adénite qui, concomitante du zona, lui est nettement imputable.

Cet homme n'a pas été revu, preuve de la bonne évolution de son adénite et de son zona.

Le traitement ordonné a été : antinévralgiques ordinaires contre les douleurs ; poudre de talc contre l'éruption. Aucune thérapeutique spéciale contre l'adénite.

Observation III. — Madame D..., 23 ans, ménagère, a ressenti il y a huit jours des douleurs violentes dans la cuisse et la hanche droites. Depuis 4 jours elle a vu apparaître en ces régions des boutons. Elle se décide à consulter le 15 juin 1920. Elle s'adresse en chirurgie, car elle est surtout inquiète d'une « grosseur » survenue dans l'aîne

droite, grosseur dont elle ignorait l'existence, et qu'elle a découverte, il y a deux jours en faisant sa toilette : « serait-ce une hernie ? » Il s'agit en réalité d'une adénite simple, un peu douloureuse, de la grosseur d'un noyau de pêche, adénite contemporaine du zona lombo-crural dont cette femme est atteinte. Elle présente en effet sur la fesse droite, et au niveau de la partie supérieure, antérieure et interne de la cuisse droite 4 petits bouquets d'herpès zoster.

Observation IV. — M. P... Augustin, 33 ans, employé de commerce, se présente à la consultation de médecine de Tenon le 21 Juin 1920, avec un zona de l'hémithorax gauche, dans la région sous-mammaire. Les vésicules sont nombreuses, toutes citrines. Il a des douleurs modérées. On perçoit dans l'aisselle gauche un gros ganglion douloureux à la palpation, mais dont le malade ignorait l'existence. Aucune autre manifestation morbide que le zona ne peut être rendue responsable de l'adénite axillaire.

Observation V. — Mlle C... Joséphine, 22 ans, femme de chambre se présente le 17 Juin 1920 à la consultation de Médecine à Tenon, avec un zona thoracique inférieur formant ceinture dans la région de l'hypocondre droit. Cette éruption date du 12 Juin, elle a été suivie de très violentes douleurs survenues le 14. Il existe une polyadénopathie très accentuée. Dans l'aisselle droite on sent un volumineux ganglion, gros comme un œuf de pigeon, dur, roulant sous le doigt, très sensible à la pression. Le long de la paroi thoracique sur le prolongement de la ligne axillaire on perçoit deux petits ganglions de la grosseur d'un pois, également très sensibles, durs et mobiles. Enfin dans l'aîne droite, il existe un ganglion présentant les mêmes caractères, et dont la taille est celle d'un œuf de petit oiseau.

Cette jeune femme a été admise à l'hôpital : elle n'a pu être suivie.

Observation VI. — M. L..., 67 ans, cocher de fiacre, vient consulter à Tenon, le 8 Juin, pour de violentes douleurs, à type de brûlures, au niveau de la cuisse droite et du flanc du même côté. C'est le 4^e jour qu'il souffre. Rien ne le soulage. Les liniments qu'il a employés n'ont réussi qu'à le brûler, du moins il le croit, car il a sur toute la zone douloureuse, sur laquelle il a fait des applications calmantes, une éruption vésiculaire qu'il suppose médicamenteuse. En réalité, il a un zona lombo-inguino-fémoral très net avec des vésicules citrines. Dans l'aîne existe une grosse adénite douloureuse au toucher, sans périadénite. Le 15 Juin, l'éruption est devenue hémorragique, les douleurs persistent très violentes. L'adénite diminue. Le 27 Juin, l'adénite a disparu. L'éruption s'est desséchée, elle est croûteuse, un peu suintante cependant par places. Les douleurs persistent avec une très grande acuité.

Observation VII. — Mme S... Elise, 29 ans, vendeuse, se présente à la consultation de Médecine de Tenon le 13 Juillet 1920, avec un zona intercostal supérieur typique. Les douleurs ont commencé il y a 8 jours environ, lancinantes, superficielles, peu vives cependant. L'éruption en est à son troisième jour. Elle est constituée par 5 placards érythémateux typiques distribués au niveau environ du 4^e espace intercostal gauche. Sur ces placards commencent à apparaître quelques vésicules fines et transparentes. Spontanément la malade accuse une légère douleur axillaire dans les mouvements de rapprochement du bras gauche du corps. A la palpation, on perçoit dans l'aisselle gauche un ganglion induré, très sensible, mobile sur les plans superficiels et profonds, de la grosseur d'un noyau de prune. Il n'y a aucune modification de la peau. Aucun ganglion dans d'autres régions du corps.

Observations VIII. — Mlle Jeanne G..., 24 ans, institutrice, voit apparaître le 18 Juillet 1920 sur son côté gauche

une éruption pour laquelle elle demande conseil à Tenon le 21 Juillet 1920. Il existe alors un zona intercostal supérieur des plus nets, constitué par cinq placards érythémato-vésiculeux distribués en bande transversale le long environ des 4^e et 5^e espaces intercostaux gauches. Ces groupes vésiculaires sont l'un antérieur, l'autre postérieur atteignant et même dépassant légèrement la ligne médiane, mais cependant nettement latéraux gauches dans leur plus grande partie, les trois autres latéraux, l'un d'eux occupant presque le sommet du creux axillaire. Cette éruption n'est nullement douloureuse ; elle n'a pas été précédée de névralgies. Elle est nettement vésiculaire. Il existe au sommet de l'aisselle gauche un petit ganglion mobile, gros comme un noyau de cerise, douloureux au toucher. Il est insensible spontanément, au même titre que l'éruption. Il n'y en a pas d'avantage dans les régions inguinales. Par contre on trouve dans l'aisselle droite trois ganglions, assez volumineux dont l'un atteint même la dimension d'une mirabelle. Ces ganglions sont absolument rattachés à une ulcération, mycosique ou bacillaire, de la main droite pour laquelle cette jeune fille est en traitement depuis 6 mois.

Revue le 29 Juillet : éruption en voie de cicatrisation crouteuse sauf sous l'aisselle où elle est rouge, humide, légèrement inflammée ; les ganglions sous axillaires persistent et sont peu sensibles. Il y a probablement infection secondaire surajoutée.

Observation IX. — Madame Berthe R..., 42 ans, ménagère, est envoyée à Tenon le 24 Juillet 1920, pour y être admise. Depuis 8 jours, elle est atteinte d'un zona intercostal inférieur gauche des plus douloureux. La période prééruptive a duré une nuit, marquée par des malaises généraux, des frissons, de l'agitation et de très vives douleurs intercostales à type névralgique dans l'hypochondre gauche. Dès le lendemain matin l'éruption était constituée. Deux jours plus tard, en balayant, la malade s'est aperçue qu'elle avait mal dans l'aisselle gauche. Y ayant mis la

main elle a constaté la présence d'une « glande ». Actuellement l'éruption zonateuse occupe la partie inférieure de l'hémithorax gauche. Commenant en arrière au niveau des 11^e et 12^e espaces intercostaux, elle se termine en avant à la hauteur de l'ombilic. Elle est constituée par une bande large d'un travers de main environ, érythémateuse, recouverte de vésicules herpétiques cohérentes, et par places confluentes. Encore citrines pour la plupart, quelques unes sont cependant suppurées.

Dans l'aisselle gauche, on trouve *un* ganglion, de la grosseur d'un œuf de moineau, très sensible à la palpation roulant sous la peau et sur les plans profonds. Il n'y a aucune modification des téguments, et pas de lymphangite. On ne trouve de ganglions tuméfiés en aucune autre région du corps. Les douleurs persistent encore très vives, avec sensation de brûlure superficielle au niveau de l'éruption.

La malade est admise à l'hôpital : elle n'a pu être suivie.

Observation X. — M. Pierre G..., 31 ans, garçon de bureau, présente le 28 Juillet 1920 un zona intercostal du 5^e espace à gauche. L'éruption date de 2 jours, elle est constituée par un placard dorsal très étendu depuis la ligne médiane jusqu'au bord de l'omoplate, une zone d'érythème axillaire, une tache rouge sus mamelonnaire. Sur ces plaques érythémateuses commencent à poindre quelques élevures qui ne méritent en aucun point le nom de vésicules. Les douleurs ont précédé de 48 heures l'éruption, elles ont été et sont encore très vives, irradiant vers l'épaule gauche. Dans l'épaule gauche, il existe 2 ganglions du volume d'une petite noix chacun, soudés l'un à l'autre par un de leur pôle. Ils sont douloureux à la pression. La peau n'est pas modifiée ; elle peut être mobilisée au dessus des adénopathies, de même que celles-ci peuvent l'être sur les plans profonds. Le malade savait l'existence de cette adénite qu'il avait senti la veille en grattant le placard

érythémateux axillaire. Il n'y a pas de ganglions cervicaux ni inguinaux. Il y a deux tout petits ganglions durs, roulant sous le doigt *totalelement indolores* sous l'aisselle droite. Ils paraissent très anciens et sont très différents de l'adénopathie axillaire gauche.

Observation XI. — Madame S..., 57 ans, vient à la consultation le Vendredi 27 Mai : Zona intercostal sous mammaire droit. Violentes douleurs. Le lundi, sensation de brûlures ; le mercredi apparaissent les vésicules : la malade n'a pas souffert sous le bras. A l'examen, un petit ganglion axillaire très légèrement sensible.

Observation XII. — Madame M... Louise, 62 ans, se présente le 17 Août 1920. Depuis 8 jours brûlures dans le côté gauche. A l'examen : zona lombo-abdominal gauche en pleine efflorescence. Reflexes forts, 4 enfants vivants, aucune maladie dans les antécédents. La malade se plaint des reins depuis 3 ans. *Aucune adénopathie.*

Observation XIII. Madame Andrée Ch..., 40 ans, se présente le 25 Août 1920 à la consultation. Début il y a 5 jours par une légère douleur et des picotements au niveau de l'hémithorax gauche. Apparition 2 jours après de l'éruption. En même temps la malade éprouve une sensation de gêne sous le bras. Actuellement : éruption à grosses bulles, confluentes en certains endroits. En outre une adénopathie axillaire mobile, douloureuse, difficilement perceptible.

Observation XIV. — Madame Landet, 59 ans' jardinière, vient à la consultation le 20 Août 1920. Il y a 8 jours que la malade ressent une douleur dans le bras droit, irradiée à la main, la gênant dans son travail. Elle vient consulter pour ces douleurs ; à l'examen : vésicules sur la face dorsale de l'avant bras droit et à la face interne du bras au niveau du creux axillaire. Adénite axillaire droite étalée et peu sensible à la pression.

Observation XV. — Madame Urbain, 45 ans, vient le 24 Septembre : Zona intercostal droit ; vésicules suivant le trajet de la 12^e côte. Douleurs internes surtout nocturnes. Adénopathie axillaire droite (3 ganglions).

Observation XVI. — Le 1^{er} Décembre 1919, M. Joseph R..., 28 ans, boucher, vient consulter pour une grosseur de l'aîne droite, un peu sensible pendant la marche, apparue il y a 3 jours et qu'il croit être une hernie. A l'examen : tuméfaction de la grosseur d'un œuf de pigeon située au niveau de l'aîne droite, douloureuse à la pression. On cherche d'abord une plaie du pied ou des organes géniteux pouvant expliquer cette adénopathie. On en trouve la cause en dernier lieu en faisant tourner le dos au malade. Celui-ci présente plusieurs placards de vésicules herpétiques au niveau de la région lombaire droite. On se trouve en présence d'un zona lombo-abdominal droit.

Observation XVII. — (Observation de Batut rapportée par Bichelonne dans *Paris Médical* 1892 p. 388)

Malade présentant, outre des manifestations rhumatismales, un zona ophtalmique double et une éruption bilatérale symétrique à la région cervicale. Engorgement ganglionnaire des deux côtés : pas d'angine.

Observation XVIII. — (Barthélemy, *Annales de Dermatologie* T. II, p. 21). « Incidemment (au cours d'une maladie folliculaire) le 20 Juillet est survenu un zona thoracique, de la 5^e paire, intense, s'étant annoncé par de très violentes douleurs de côté ayant fait craindre au malade une pleurésie. Comme j'avais eu l'occasion d'examiner le malade auparavant, j'ai pu me rendre compte qu'il n'avait pas avant son zona de ganglions autres que ceux que j'ai signalés dans le cou. Or le lendemain même de l'éruption zostérienne, j'ai constaté l'existence de ganglions volumineux multiples, douloureux comme des adénopathies récentes et aiguës, développées : 3 sous les aisselles et verticalement le long du thorax, depuis la bande zostérienne

jusqu'à l'aisselle. Chose remarquable, ces ganglions existaient plus accentués sans doute du côté du zona, mais se rencontraient également du côté sain. Il en était de même pour un ganglion aussi net que curieux, du volume d'une petite noisette, douloureux à la pression, mobile sous la peau et siégeant presque exactement à l'angle de l'omoplate, et cela, non seulement du côté du zona, mais même du côté sain, en un point exactement symétrique. Ces adénopathies semblent donner raison à la théorie infectieuse du zona (Landouzy) qui voit dans cette lésion un état morbide général se manifestant localement par le nerf et le long des trajets nerveux sensitifs.

Observation XIX.— (Barthélemy, *Bulletin Société Française de dermatologie et syphilographie*, Paris 1892 p. 57).

Un jeune homme de 26 ans, vigoureusement constitué, jamais malade auparavant, se plaint d'un violent point de côté brusquement survenu depuis la veille. Une très légère fièvre était apparue dans la nuit, le malade, craignant une fluxion de poitrine vient consulter. Je constate un mouvement fébrile à peine marqué 37°7, l'auscultation décèle et permet d'affirmer un état de tous points physiologique de la fonction respiratoire. Faisant deshabiller complètement le malade, je trouve deux ganglions nettement marqués, unilatéraux, mobiles, du volume l'un d'une petite noisette, l'autre d'un noyau de cerise ; le malade étant maigre, la peau étant tendue, les adénopathies font une petite saillie visible à distance ; elles siègent un peu au dessus de l'épine de l'omoplate au sommet de la fosse sous épineuse. De type franchement aigu, elles n'existaient pas auparavant, du moins elles n'avaient jamais été remarquées par le malade qui, actuellement, en souffre très vivement à la moindre pression. D'après son dire, cette lésion aurait été ressentie pour la première fois dans la nuit en même temps que la légère poussée fébrile, c'est-à-dire avant toute éruption. Du reste si au moment de mon examen, l'existence de la nature zostérienne du

mal ne pouvait faire de doute, le zona n'était encore marqué que par des plaques rouges isolées les unes des autres, irrégulièrement disposées le long du trajet du 5^e nerf intercostal ; une plaque présentait au centre la saillie d'une seule vésiculette non encore développée. Deux jours après, l'éruption avait complété son développement sans persistance de la fièvre. Quant aux adenopathies, elles diminuèrent peu à peu et restèrent perceptibles jusqu'au septième jour de l'éruption.

Observation XX. — M. Br..., 34 ans, garçon livreur ; début le 25 Septembre 1920, par des douleurs et apparition de l'éruption. Le malade vient consulter le 2 Octobre pour des douleurs intenses au niveau de l'hémithorax droit. On constate : un zona intercostal droit couvrant plusieurs espaces intercostaux en avant et en arrière, avec placards vésiculeux très confluent. L'adénopathie axillaire est très marquée : on trouve en effet dans l'aisselle droite un ganglion du volume d'un noyau de pêche légèrement sensible à la palpation, inconnu du malade.

Observation XXI. — S..., électricien, 26 ans. A souffert de douleurs violentes dans le flanc gauche et les lombes du même côté il y a 15 jours. Deux jours plus tard, est sortie une éruption de vésicules attribuée par le malade à un liniment calmant dont il avait fait usage pour ses douleurs. Actuellement (12 Octobre 1920) il existe dans la région lombo-abdominale gauche une éruption typique et confluyente de zona. Les vésicules sont pour la plupart en voie de dessiccation et recouverte de croûtes. Quelques-unes sont ulcérées, par suite d'application de teinture d'iode ; les douleurs ont disparu. Aucune adénopathie inguinale gauche ou droite. Dans l'aisselle gauche, un gros ganglion, à peine sensible. Rien dans l'aisselle droite.

Observation XXII. — Madame J..., 22 ans, ménagère, vient à l'hôpital le 13 Octobre pour douleurs et éruptions

localisées à l'hémithorax gauche. Elle souffre depuis 3 jours et l'éruption a commencé il y a 4 jours. A l'examen, on trouve un zona de l'hémithorax gauche comprenant : une plaque postérieure, une plaque axillaire, une plaque sur le sein gauche près du mamelon. La palpation de l'aisselle gauche révèle un gros ganglion très douloureux. La malade souffrait depuis quelques jours déjà de cette région ; les moindres mouvements du bras étaient douloureux.

CONCLUSION

1° — L'adénite primitive du zona est *constante*.

2° — Elle est localisée au niveau des ganglions correspondant au territoire siège de l'éruption.

3° — C'est une adénite simple, non inflammatoire, sans tendance à la suppuration, peu ou pas douloureuse. La palpation est le plus souvent nécessaire pour révéler sa sensibilité.

4° — Son apparition est précoce ; sa durée de sept à huit jours.

5° — Elle guérit toujours.

6° — Sa cause ne peut être que l'infection zostérienne.

7° — Son pronostic étant favorable et sa résolution spontanée, elle ne réclame aucun traitement spécial.

Telles sont les considérations sur l'adénite zostérienne primitive que nous a suggéré l'observation d'un nombre important de zonas vrais. Elles sont de nature, à notre avis, à rendre à un symptôme, déjà connu de longue date, mais un peu tombé dans l'oubli, la place d'honneur qui lui revient dans la symptomatologie du zona, à côté des douleurs et de l'éruption. Elles peuvent aussi, par l'apport d'un élément nouveau, de grande valeur et de nature nettement infectieuse, contribuer à établir le diagnostic souvent si difficile des éruptions zostériformes et de l'herpès zoster. Ce sont les raisons principales qui nous ont déterminé à les développer.

BIBLIOGRAPHIE

- SICARD.— La pratique médico-chirurgicale.
- RIST.— La pratique dermatologique.
- POIRIER et CHARPY.— Les Nerfs.
id. Les Lymphatiques.
- TERRIEN.— Pièces d'ophtalmologie.
- DE LAPERSONNE et CANTONNET. — Manuel de neurologie oculaire.
- BROCQ.— Dermatologie.
- DARIER. — Dermatologie.
- ENRIQUEZ, BERGE, LAFFITTE. — Traité de médecine.
- COLLET.— Pathologie interne.
- DIEULAFOY.— Pathologie interne.
- DEBOVE et SALLARD.— Traité de médecine.
- JEANSELME.— Journal des Patriciens 1908.
- M^{me} GALKA.— Zona chez l'enfant. Thèse de Paris 1909.
- FAURE BEAULIEU. — Gazette des Hôpitaux 1903.
- L. RAMOND et LEBEL.— Adénite primitive du zona. Bull. et mémoires de la Soc. Médic. des Hôpit. de Paris. 5 Août 1920.

HEAD et CAMPBELL.— (Brain 1900).

SICARD.— Bull. de la Soc. Médic. des Hôpitaux, 1903.

WIDAL.— Journal de Médec. et de Chirurg. pratique 1907.

SICARD.— Journal de Médecine de Paris, 1910, N° 35.

MINET.— Province médicale, 1910.

id. Echo médical du Nord, 1910.

BARTHELEMY.— Bull. Soc. Française de dermat. et syphil.
Paris 1892.

BARTHELEMY.— Annales de dermat. et syphil. Paris 1892.
id. Annales de dermatologie, Janvier 1891.

BICHELONNE.— Revue hebdom. de laryngol. Paris 1906.

L.BATUT.— Midi médical 1892. (p.388-402-412).

JEANSELME.— Journal des Praticiens, 1908.

ACHARD.— Société Médicale des Hôpitaux, 1896.

BRISAUD.— Leçons cliniques. Bull. médic., janvier 1896.

COMBY.— Zona. Union Médicale, 1885.

SICARD.— Cicatrice cutanée post-éruptive : Société médicale des Hôpitaux. 3^e Série, 35^e Année, N° 34.

